

税務情報の閲覧及び提供に関する同意書

立科町長 殿

本人氏名 _____

障害者総合支援法に基づく自立支援医療費の支給認定時の所得状況の確認にあたり、私の市町村民税の税情報の閲覧及び長野県への提供について同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____ 立科町大字 _____ 番地 _____

(受給者) 氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

氏 名 _____

※ あなたが加入している医療保険の被保険者証に記載されている方全員が、記入してください。

あなたが現在受給している年金等に○をし、必要事項を記入してください。

- | | |
|-----------------|-----------------|
| ● 障害基礎年金 1 級 | ● 障害基礎年金 2 級 |
| ● 厚生障害年金 (年額 円) | ● 厚生遺族年金 (年額 円) |
| ● 遺族基礎年金 (年額 円) | ● 障害児福祉手当 |
| ● 特別障害者手当 | ● 特別児童扶養手当 |
| ● 経過的福祉手当 | |